

呼吸器外科紹介

— 肺炎と急性膿胸 —

呼吸器外科 部長 藤岡 真治



はじめに

平成30年の死因統計では、悪性新生物(27.4%)、心疾患(15.3%)、肺炎(肺炎+誤嚥性肺炎:9.7%)、脳血管疾患(7.9%)で、主死因の第3位に肺炎が位置しており、年間約12万人が亡くなります。先行する肺炎が完治しなかった場合は、肺の内部に炎症が波及した肺膿瘍(肺化膿症)、胸腔内に波及した急性膿胸に進展します。よって急性膿胸は肺炎が増悪したものと考えてよく、適切な治療をしても時期を逸すると死亡する危険性が高い疾患です。

急性膿胸の発症原因

上記の関係から、「肺炎が重症化しやすい要因」が発症原因となります。75歳以上、持病(特に糖尿病、担癌、関節リウマチ、肺・気管支などの呼吸器疾患、心疾患、肝硬変、慢性腎不全、透析患者、脳梗塞後遺症、嚥下機能低下)がある症例です。また特定の使用薬(ステロイド、免疫抑制薬、生物学的製剤)がある場合でも免疫機能が低下して感染症増悪を起こしやすくなります。

早期発見と他科・他部署との連携が第一

肺炎の早期発見と経過観察が重要です。肺炎は、症状が感冒とよく似ているため、気づかずに放置しているケースが多いです。肺炎の場合、38℃以上の発熱や強い咳が3～4日以上続き軽減しません。黄色や緑色のうみのような痰(膿性痰)も出ます。これらの症状に加えて、息苦しさや胸の痛みなどが起こります。ただし、高齢者や重い持病がある人は、体力や免疫機能が低下して肺炎の典型的症状が出ないことがあります。「ハアハアと呼吸が浅く速い」「何となく元気がない」「体が異常にだるい」「食欲がない」といった症状も肺炎の可能性がありえます。医療従事者も注意が必要です。膿胸の初診は他科であることが多く、紹介までに

時間が経過して治療介入が遅れることがあります。誤嚥予防を優先するあまりに絶食を継続し、栄養状態がかなり悪くなった状態で膿胸に進展している場合も散見されます。専門科との連携を密接にして情報提供を促し、呼吸器外科医が早期から介入することが重要と考えています。リハビリテーションは最重要です。治療がうまくいっても誤嚥性肺炎・脳梗塞などがあると術後合併症となって救命率が下がります。PT(理学療法士)・ST(言語聴覚士)をはじめとするリハビリスタッフとの連携も「肝」となります。

当院の膿胸治療紹介

初期対応の膿胸腔への胸腔ドレーナージ+抗菌薬投与が先決です。また、経過中に低栄養・低アルブミン合併症例も多く、経口摂取では不十分で中心静脈補液を要することもしばしばあります。口腔ケアや嚥下機能検査も誤嚥性肺炎の場合は重要です。これらの保存的治療後も増悪する場合は、全身麻酔で胸腔鏡下膿胸腔搔爬術を検討します。全身麻酔が困難と考えられる症例(PS不良、超高齢、低栄養でBMI低値)には、局所麻酔で胸腔鏡下膿胸腔搔爬も可能です。2006年4月～2018年8月までに110症例の搔爬術を施行し、複雑奇形合併などの難治症例の経験もあります^{1),2)}。愛媛県内の呼吸器外科施設では最多で、全国的にも100症例以上の手術報告はほとんどない状況です。術後はドレーンから生食を胸腔内注

入して持続胸腔洗浄をしながら完治を目指すのも当科の特徴です。国内外施設での在院死亡率は0～16.1%の報告で当院は5.5%と遜色ない結果です¹⁾。ただし、併存疾患で誤嚥性肺炎、脳梗塞、腎不全、肝不全があると経過不良の傾向があり、他科・他部署と連携して周術期に亘って介入協力をお願いすることが重要です¹⁾。

最後に

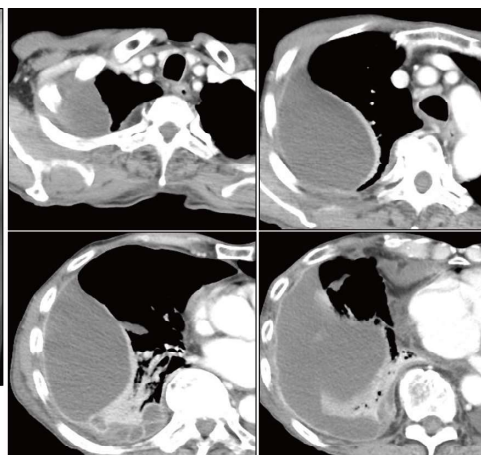
感冒あるいは肺炎の経過中になかなか軽快しない症例、肺炎が重症化しやすい要因を持つ症例等を経験されましたら、まずはCT(できれば造影で)撮像の上、呼吸器科(呼吸器外科・呼吸器内科)へ気軽ににご相談ください。

参考文献

- 1) 急性膿胸に対する胸腔鏡下手術(全麻VATSと局麻VATS)～110症例の検討～
(藤岡ら. 日本呼吸器外科学会雑誌 34巻2号、2020年3月)
- 2) 急性膿胸を生じた第一第二鯉弓症候群の治療経験
(蜂須賀ら. 日本呼吸器外科学会雑誌 35巻1号、2021年1月)



膿胸のレントゲン



胸部造影CT(縦隔条件)